UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1950-1951. — N° 51

LA MALADIE CHRONIQUE

ET

LE SYNDROME D'ADAPTATION

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 30 avril 1951

PAR

Yves-Charles VIVINI

Né à HUSSIGNY-GODBRANGE (Meurthe-et-Moselle), le 1er janvier 1925

Examinateurs de la Thèse

MM. PERRENS, professeur ..... *Président.*
VILLEMIN, professeur .....
CHAVANNAZ, agrégé ..... *Juges.*
LENG-LÉVY, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1951

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536508_0036

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1950-1951. — N° 51

LA MALADIE CHRONIQUE

ET

LE SYNDROME D'ADAPTATION

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 30 avril 1951

PAR

Yves-Charles VIVINI

Né à HUSSIGNY-GODBRANGE (Meurthe-et-Moselle), le 1er janvier 1925

Examinateurs de la Thèse :

MM. PERRENS, professeur ..... *Président.*
VILLEMIN, professeur ..... *Juges.*
CHAVANNAZ, agrégé ..... *Juges.*
LENG-LÉVY, agrégé ..... *Juges.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1951

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN HONORAIRE : M. DUPÉRIÉ.

DOYEN : M. PORTMANN.

ASSESSEUR : M. CHELLE.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, MACHEBOEUF.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
id.	CREYX.	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale	MASSÉ.	Clinique chirurg. inf. et orthop.	LOUBAT.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clin. des maladies infectieuses	N...
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Chimie biologique et médicale	TAYEAU.
Clinique gynécologique	MAGENDIE.	Physique méd. et pharmaceutique.	PIFFAULT.
Anatomie pathol, et miscroc. clin.	DE GRAILLY.	Méd. col. et clin. mal. exotiques.	BONNIN.
Anatomie	VILLEMIN.	Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Anatomie générale et histologie.	MAYER.	Clin. des mal. des voies urinaires.	DARGET.
Hygiène et clin. de la tubercul.	PIÉCHAUD.	Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS-MARSALET.
Médecine légale et du Travail.	DERVILLÉE.	Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	REBOUL.	Toxicologie et hygiène appliquée.	CASTAGNOU.
Chimie	CHELLE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Matière médicale	GOLSE.	Clin. méd. des mal. des enfants.	FONTAN.
Pharmacie	VITTE.	Botanique et cryptogamie	GIRARD.
Physiologie	FABRE.	Thérapeutique	BROUSTET.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.		

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. PERRENS (Maladies mentales). — DUFOUR (Anatomie).
MESNARD (Pharmacie).

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.		MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL.	Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE.
Physiologie	Mlle ROUGIER.	Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER.
Bactériologie	MOUSTARDIER.	Pharmacie (3e Section)	CAZAUX.

MAITRE DE CONFÉRENCES :

M. BLANQUET (Physique pharmaceutique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Médecine générale	SARIC.	Ophtalmologie	BESSIÈRE.
id.	DUBARRY.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	F.-J. TRAISSAC	Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
id.	BERGOUIGNAN.	Pédiatrie et Puériculture	VERGER.
id.	LENG-LEVY.	Méd. légale et méd. du Travail.	L'ÉPÉE.
Chirurgie générale	POUYANNE.	Electroradiologie	LACHAPÈLE.
id.	LAUMONIER.	Odonto-stomatologie	MARONNEAUD
id.	CHAVANNAZ.	Urologie	LANGE.
Obstétrique	MAHON.		
Obstétrique	CHASTRUSSE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	DUFOUR.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Accouchements	MAHON.	Organographie et Physiol. végét.	TEMPÈRE.
Puériculture	N...	Chimie biologique	NEUZIL.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI. COUSTOU.	Pathologie chirurgicale	LAUMONIER.
Anatomie	RIGAUD.	id.	VILLAR.
Chimie minérale	BABIN.	Zoologie pharmaceutique	BAILENGER.
Cryptogamie	LAUBIE.	Hydrologie pharmaceutique	CAZAUX.
Médecine légale	L'EPÉE.	Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R.U.N. BIBLIOTHEEK

A MA MERE

A MON PERE

En témoignage bien modeste de l'immense reconnaissance que je leur garde.

A MES SOEURS

A MES FRERES

Qui ont toujours été mes meilleurs amis.

A MES BELLES-SOEURS

A MES BEAUX-FRERES

A MES NIECES ET NEVEUX

A TOUS MES AMIS

A MES CAMARADES D'ETUDES

A Monsieur le Docteur BERNARD

Président du Cercle des Médecins homéopathes du Sud-Ouest,
Croix de guerre.

A qui nous devons ce sujet de thèse et qui nous a aidé dans ce travail avec son érudition incomparable, son expérience et un dévouement d'apôtre à la cause de l'homéopathie.

Nous ne le remercierons jamais assez de ses conseils éclairés.

A MES MAITRES

DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES JUGES

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur PERRENS

Médecin chef de la Maison de santé de Château-Picon,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Qu'il soit assuré ici de nos sentiments de respectueuse gratitude pour la bienveillance avec laquelle il s'est penché sur ce travail.

Son approbation nous a permis de le mener à terme.

LA MALADIE CHRONIQUE

ET

LE SYNDROME D'ADAPTATION

INTRODUCTION

Les maladies chroniques tiennent une grande place dans la pathologie, tant par leur fréquence que par leurs conséquences. Si chaque médecin faisait une statistique, on pourrait se rendre compte que, d'une année à l'autre, le nombre des cas chroniques, qui peut s'évaluer à 70 % de la clientèle, est régulièrement croissant et ne présente aucun rapport avec les maladies à microbes ou virus des épidémies saisonnières. Et ces maladies chroniques ont une grande importance, car, outre le fait qu'elles accélèrent le vieillissement et qu'elles peuvent tuer par leur propre évolution, elles rendent ces sujets plus accessibles et moins résistants aux maladies aiguës saisonnières. En somme, directement ou indirectement, elles sont responsables de la majorité des décès.

Un autre caractère de ces maladies chroniques est la complexité de l'atteinte organique qui occasionne une grande difficulté pour faire un diagnostic précis. On trouve chez un même individu tant de symptômes divers qu'on ne peut mettre une étiquette sur ces troubles multiples qui semblent

n'avoir aucune relation entre eux. Les cadres nosologiques bien définis que nos maîtres nous ont enseignés au cours de nos études semblent trop étroits, et chaque médecin possède dans son fichier des observations dans le genre de celle-ci, que nous devons à l'obligeance du Docteur Bernard.

Mme G..., 38 ans. Passé pathologique chargé : entérite à 2 ans, scarlatine à 3 ans, puis coqueluche, oreillons, rougeole. A 10 ans, congestion pulmonaire; premiers symptômes de coryza spasmodique. A 12 ans, sinusite maxillaire gauche, cautérisations nasales par un spécialiste parisien; à la suite de cela, apparition de crises d'asthme. A 13 ans, furonculose. A 15 ans, crises d'arythmie cardiaque, amaigrissement. A 20 ans, l'amaigrissement est très prononcé, la malade devient d'une extrême frilosité, puis fait une pleurésie séro-fibrineuse. Quelques mois après, crise d'appendicite, opérée à chaud. Alors : suppression des règles pendant vingt mois, troubles circulatoires (la malade ne peut les décrire avec précision). A 27 ans, rechute de pleurésie, suivie l'année suivante d'une dépression nerveuse : repos pendant quatre ans. La dépression s'améliore, mais alors les crises d'asthme réapparaissent. Une surdité débute, s'amplifie (traitée par le Professeur Sourdille sans résultat). A 33 ans, le coryza alterne avec de l'asthme, des bronchites, un phlegmon; cure à Aix-les-Bains. A 35 ans, pyélonéphrite (température 41°) : sulfamides à hautes doses, mal tolérées. Deux mois après, bourdonnements d'oreilles. Pose d'aiguilles de radium (?) dans le nez; cure à Aix. A 37 ans, pyélonéphrite à colibacilles (pénicilline); kyste de l'ovaire droit.

Cette malade, très amaigrie, excessivement frileuse, de constitution sulfurique, a pris tous les caractères des Sulfur froids de type Psorinum. Elle a reçu au cours de sa vie un nombre impressionnant de remèdes, a vu une trentaine de médecins, et la famille, qui est aisée, a eu recours à d'illustres praticiens. Elle était dans un état lamentable quand elle se décide à consulter un médecin homéopathe à Paris. Au bout de cinq mois, très grande amélioration. Habitant la Gironde, elle se présente à nous en octobre 1950. Les crises d'asthme sont légères, le coryza spasmodique persiste encore, quoique atténué. Nous notons une transpiration à odeur

forte, une faim anormale entre les repas et la nuit, avec sensation de défaillance, une extrême frilosité et une cystite chronique qui dure depuis sa pyélonéphrite. Elle a déjà reçu *Thuya*, *Salsaparilla*, *Petroselinum et Silicea*, qui ont amené l'amélioration actuelle. Nous complétons le traitement avec : *Psorinum* 7H et *Aviaire* 7H.

Actuellement (mars 1951), cette malade va très bien, grossit, est beaucoup moins frileuse, a un appétit régulier. Elle n'a plus ni asthme, ni coryza spasmodique; seuls persistent encore quelques signes de cystite. Elle a retrouvé son entrain et une vigueur qui la surprend.

Quel nom mettre sur une telle variété de symptômes, sinon : Mme G..., maladie chronique ?

Peut-être y a-t-il une explication à ces difficultés. Comme le dit M. Delore : « Nous considérons encore trop la maladie, le type morbide. Nous ne tenons pas assez compte de l'être, de la personne, nous l'avons artificiellement isolé. Nous faisons de la pathologie et de la thérapeutique en série. Par là notre médecine n'est pas assez humaine; elle reste une médecine de l'homme animal; elle garde un caractère impersonnel, trop proche encore de la médecine vétérinaire. L'homme malade est considéré comme un support de la maladie. La pratique médicale s'appuie trop sur des formules et des schémas de maladies et de traitements, et la préparation du médecin reste trop livresque. »

Qu'advient-il alors de cette carence ? C'est que le jeune médecin, en présence de ces cas pour lesquels il n'a pas été préparé, perd pied et se réfugie tour à tour dans des diagnostics aussi vagues que variés, ordonne des traitements souvent contradictoires, promène son malade de spécialiste en spécialiste, l'envoie au laboratoire, au radiologue, et finalement au chirurgien, qui enlève un appendice (si ce n'est un ovaire ou une vésicule), sans soulager pour autant. Alors le malade, souvent aggravé, erre désorienté, épuisant sa santé et sa fortune jusqu'au jour où il se décide à essayer l'homéopathie, souvent après avoir subi les « conseils » de

la voyante ou du guérisseur. Et, dans l'opinion publique, si peu tendre et si portée à généraliser rapidement, la médecine prête alors le flanc à des brocards sans indulgence dont Molière a vulgarisé le genre. Mais ce qui est plus grave encore, c'est que le médecin perd peu à peu confiance en son art, sa foi en sa mission. En cessant d'être individuelle, en prétendant à un scientifisme qui relègue le patient à un état de « robot » inerte et anonyme, la médecine s'est abaissée au point qu'on a pu la tarifer, comme on tarifie une denrée. Nous, qui devrions être encore les « prêtres » respectés et intangibles du culte de la santé, comme au temps d'Hippocrate, nous devenons, hélas ! une catégorie de « fournisseurs » tombant sous le coup de la loi sur les bénéfices illicites !

De cela, nous devons faire humblement notre *mea culpa*. .

CHAPITRE PREMIER

Ce qui caractérise les cas chroniques, c'est leur évolution individuelle. L'axiome : « Il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades », prend ici toute sa valeur et toute sa signification. L'homme est un ensemble d'organes intimement reliés par la voie humorale ou la voie nerveuse, et lorsqu'un organe souffre, sa souffrance se répercute sur tous les autres, suivant des modalités qui varient selon la qualité des connexions humorales et nerveuses. Or, ces deux facteurs sont essentiellement individuels, car ils dépendent d'une foule d'éléments : de l'hérédité, qui peut remonter très loin et qui est une chose très complexe puisqu'elle est le fruit des croisements, des maladies, des façons de vivre et de réagir de nombreux ascendants. Ils dépendent aussi des affections acquises depuis la naissance, de l'oxygénation, de l'alimentation, de l'exercice, du surmenage cérébral ou sexuel. Si tous ces éléments étaient exactement les mêmes pour chaque homme, tous les hommes seraient exactement semblables, aussi bien comme stature que comme comportement, et l'on pourrait alors parler de maladies-types, car ils réagiraient tous de la même façon aux agents pathogènes.

Le simple bon sens prouve qu'il n'en est rien et que chaque homme est au contraire un « individu » ayant sa morphologie particulière, ses réactions particulières, ses maladies particulières, comme sont particulières ses acquisitions héréditaires et personnelles.

Par conséquent, chez un malade, c'est une erreur de considérer seulement la maladie et surtout l'organe qui paraît, à première vue, être seul atteint. L'interdépendance étroite entre les organes humains fait qu'il n'y a pas un « hépa-

tique », ou un « cardiaque », ou un « rénal », mais un certain « homme » dont les symptômes hépatiques, cardiaques ou rénaux masquent l'atteinte générale de son organisme en occupant le premier plan.

Ces symptômes morbides peuvent être de deux ordres : ou bien il s'agit d'une diminution des fonctions biologiques normales (adynamie, collapsus, coma), et cela traduit une défaillance organique, ou bien ils sont l'exagération des fonctions biologiques normales (tachycardie, fièvre, douleur, polypnée, excitation), et nous nous trouvons alors en présence de réactions de défense. D'où une double attitude thérapeutique : l'une palliative, à doses pondérables et fortes (à condition toutefois de ne pas ajouter une action toxique), l'autre orientée dans le sens même de la défense, en agissant sur le plan biologique cellulaire, par conséquent avec un remède à doses faibles, infinitésimales, et fidèlement calqué sur les caractères précis des symptômes observés.

C'est pourquoi, dans les maladies chroniques, qui, sauf dans les cas ultimes, sont des phénomènes de défense, comme nous le verrons tout à l'heure, il faut tenir un très grand compte des éléments individuels dans la détermination du remède. Ce remède agira alors en parallèle absolu avec la défense organique, la soulageant et la régularisant, jusqu'à un retour à un état d'équilibre fonctionnel qui caractérise la santé.

Pour parvenir à cette individualisation du remède — individualisation rendue nécessaire dans les cas chroniques par la complexité de l'atteinte organique — il est indispensable, évidemment, de s'appuyer sur les éléments morphologiques individuels, puisque c'est d'eux que dépendent avant tout les caractères particuliers des réactions de chaque malade.

CHAPITRE II

Ce besoin de classement des individus suivant leur morphologie s'est fait sentir depuis la plus haute antiquité, et, si nous passons en revue les différentes classifications qui ont été proposées, nous pourrons voir qu'elles aboutissent toutes aux mêmes résultats.

Viola distingue les brévilignes avec prédominance du tronc sur les membres (mégalosplanchniques), des longilignes (microsplanchniques) avec prédominance des membres sur le tronc.

Thomas avait décrit trois tempéraments : le crânien, le thoracique et l'abdominal, suivant la prépondérance de ces segments corporels.

Sigaud (1862-1921) poussa plus loin les études morphologiques et apporta des éléments nouveaux : le modelé (plats, ronds, bossués, ondulés, etc.), et la prédominance d'une *fonction* (respiratoire, digestif, cérébral et musculaire). Sigaud comprit le premier l'influence du milieu sur les aptitudes et les formes de l'être humain, qui, selon les circonstances favorables ou défavorables, peut se dilater ou se rétracter.

Corman prend pour base de sa classification cette loi de dilatation-rétraction, qui reconnaît des variantes suivant que les vestibules sont ouverts, protégés ou fermés sur le monde extérieur.

On peut déduire de ces signes morphologiques les tendances et les besoins physiologiques d'un individu, mais les travaux dont nous venons de parler rapidement conduisent davantage à des principes d'hygiène qu'à des principes thérapeutiques. Aussi, à ce point de vue, la méthode physiologique, basée sur la prédominance de telle ou telle fonction, se révèle plus féconde. Et pourtant, elle n'est pas la plus récente, puisqu'elle remonte à Hippocrate. Il décrit quatre tempéraments qui correspondent aux quatre humeurs : l'atrabile, la lymphe, le sang et la bile. Lorsque ces humeurs sont en équilibre, l'individu est « tempéré », l'état de santé est parfait. Quant, au contraire, une humeur domine les autres, l'individu est « intempéré » et prend des caractères morphologiques particuliers : c'est le lymphatique, le bilieux, le sanguin ou l'atrabilaire. Cette classification, qui prévalut pendant dix-huit siècles, correspondait non seulement à des prescriptions d'hygiène, mais encore à une thérapeutique où l'usage des semblables et celui des contraires se partageait suivant les écoles.

Bien que paraissant à beaucoup de médecins vraiment trop désuète, cette classification a inspiré, de nos jours, les théories d'Allendy, avec son atoni-plastique (= lymphatique), son atoni-aplastique (= atrabilaire), son toni-aplastique (= bilieux) et son toni-plastique (= sanguin). Et nous retrouvons, sous les vocables plus modernes de névropathique, de pléthorique et de cholémique, les tempéraments hippocratiques.

La dernière classification en date est celle de Martiny, intéressante et originale. Cet auteur part d'une conception entièrement nouvelle, basée sur l'embryologie. Nous le citons : « L'étude de l'embryogénèse montre que, dans l'œuf non encore divisé, la grande cellule a déjà des segments préparés, avec, dorsalement, une future zone ectoblastique, ventralement une zone endoblastique, et, entre les deux, une pré-ébauche de chordo-mésoblaste. Les premières ébauches différenciées de l'embryon, avec tout leur potentiel syn-

thétique, sont rapidement constituées d'éléments disposés sous forme de lames ou feuillets. Ce sont, en effet :

— l'ectoblaste, feuillet superficiel ou externe;
— l'entoblaste, feuillet profond ou interne;
— le chordomésoblaste, ou feuillet moyen.

» L'exubérance matérielle ou fonctionnelle des organes venant soit de l'ectoblaste, soit de l'endoblaste, donne des formes corporelles différentes, mais à l'excès d'un tissu primordial s'ajoute la norme ou la carence possible des deux autres tissus par rapport au dominant. »

Martiny aboutit ainsi aux quatre types suivants : entoblastique, ectoblastique, mésoblastique et chordoblastique.

Avec le docteur Bernard, nous pensons que ce dernier type ne devrait pas être isolé des autres. En effet, la chorde, ébauche embryonnaire autour de laquelle se forment la colonne vertébrale et ses prolongements articulés qui donnent l'ensemble du squelette, est une formation éphémère qui s'atrophie et disparaît rapidement, alors que le squelette osseux et cartilagineux est d'origine mésodermique. On ne peut concevoir, donc, que trois biotypes de base puisqu'il n'existe que trois feuillets.

L'ectoblastique se caractérise par la prédominance des fonctions de relation avec l'extérieur, c'est l'analogue de la membrane cellulaire : système nerveux qui commande les réactions biologiques et qui permet à l'être vivant de s'adapter au milieu, organes des sens qui déclenchent l'action du système nerveux, domaine de l'intelligence de l'instinct qui donnent le sens voulu à l'action du système nerveux central et des ganglions sympathiques. *Ce sont les organes d'expansion.*

L'entoblastique, au contraire, est régi par les fonctions internes de la vie végétative : organes d'assimilation des éléments nutritifs, organes de reproduction. C'est l'analogue du noyau cellulaire. *Ce sont les organes de concentration.*

Entre les deux, le mésoblastique, qui contient les éléments

destinés à unir les deux feuillets précédents : système conjonctif surtout, qui représente, par sa circulation sanguine et lymphatique, le milieu marin originel. Il fabrique des fibres musculaires, des éléments de défense contre les intoxications exogènes et endogènes, des glandes endocrines qui règlent les différentes fonctions, et de l'os au départ de sa chorde dorsale.

Les tendances endodermiques ou ectodermiques ne peuvent évoluer, en plus ou en moins, que dans un même plan, tandis que les tendances mésodermiques peuvent pencher vers des fonctions plus diverses : système musculaire, système endocrinien, et sont donc capables d'aboutir à des déséquilibres différents. Nous devons donc considérer, à côté d'un biotype entoblastique et d'un biotype ectoblastique, plusieurs biotypes mésoblastiques oscillant autour du type équilibré central. Ce mésoblastique pourra être neutre (en équilibre) ou bien être à prédominance musculaire et sanguine (mésoblastique de Martiny, musculaire de Sigaud, sanguin d'Hippocrate) ou bien à prédominance conjonctive et endocrinienne (bilieux hippocratique).

Parallèlement à ces travaux, nous allons voir que l'école homéopathique avait abouti à des types constitutionnels qui se superposent exactement aux biotypes de Martiny. Ce sont les constitutions :

— Sulfurique (= mésoblastique);
— Carbonique (= endoblastique);
— Phosphorique (= ectoblastique).

Ces dénominations peuvent paraître curieuses pour des allopathes, mais elles ont l'avantage d'évoquer en même temps le remède constitutionnel homéopathique qui convient. Car la morphologie n'aurait qu'un intérêt spéculatif si elle se bornait à une simple classification. Les morphologistes allopathes, qui n'ont pas à leur disposition le remède **constitutionnel** adapté, ont bien essayé de tirer des conclusions pratiques de leurs observations, mais ils se heurtent à des

impossibilités matérielles. Comment pourrait-on, à notre époque, mettre chaque individu à la place qui convient à ses besoins morphologiques ? De plus, les méthodes physiques naturistes ne sauraient suffire à tout, et il arrive un moment où l'homme a besoin d'un remède biologique adapté à sa constitution, soit pour conserver son équilibre constitutionnel, soit pour le rétablir. Et, puisqu'il faut en arriver là, il semble logique de donner à chaque constitution le nom du remède qui lui est adapté.

Voyons en détail les constitutions homéopathiques.

CHAPITRE III

LES CONSTITUTIONS HOMÉOPATHIQUES

La constitution sulfurique. — La constitution sulfurique correspond au biotype mésoblastique de Martiny, et le sulfurique neutre (en équilibre) est plutôt caractérisé par l'absence de signes morphologiques anormaux. Il s'agit d'un sujet qui a toujours été d'apparence saine jusqu'au moment où une cause quelconque fait apparaître un besoin accru d'éliminer. C'est un individu aux lignes harmonieuses, bien charpenté, bien musclé, bien proportionné. Comme il jouissait d'une santé parfaite, il a plus ou moins abusé de la bonne chère, des excitants (café, alcool), ou bien il s'est livré à des travaux physiques ou intellectuels fatigants. Peut-être avait-il ressenti quelques rares fois de légères douleurs dans l'hypocondre doit après des excès alimentaires, mais sans y prêter une grande attention. En somme, la seule chose anormale qu'on puisse découvrir chez un tel sujet est une insuffisance hépatique légère qui peut se prolonger très longtemps sans s'aggraver.

Mais l'équilibre biologique de tels sujets peut ne pas rester aussi stable, et alors apparaîtront les signes pathologiques des sujets de constitution sulfurique. Nous n'allons pas passer en revue la longue liste de ces troubles, notre but n'étant pas de faire une Matière médicale, mais simplement citer les principaux :

— Sensations de brûlure;
— Désir d'air froid et aversion pour le lavage;
— Périodicité et alternance des manifestations morbides;

— Eliminations centrifuges ou leurs équivalents;
— Aggravation nocture par la chaleur du lit;
— Amélioration par le climat chaud et sec.

En résumé, le sulfurique neutre (ou mésoblastique) est un individu en état d'équilibre physiologique, mais qui, sous l'influence de circonstances diverses, aura tendance à évoluer vers le type phosphorique (ou ectoblastique) ou bien vers le type carbonique (ou endoblastique), que nous allons maintenant étudier.

La constitution phosphorique. — Le phosphorique est l'équivalent de l'ectoblastique martinien, et nous savons que ce feuillet embryonnaire donnera le système nerveux, les organes des sens, l'intelligence et l'instinct, en somme tout ce qui contribue à mettre l'individu en rapport avec l'extérieur. Aussi la mentalité du phosphorique est-elle caractérisée par une hypersensibilité nerveuse et psychique extrême, apparaissant à la moindre excitation. L'intelligence est vive, passionnée, avec enthousiasmes subits, mais sans aucune réalisation pratique. Cette sensibilité prend souvent une forme artistique intense : musique, peinture, etc. Il verse volontiers dans le mysticisme, redoute la solitude, l'obscurité, l'orage.

Le squelette est morphologiquement anormal, développé dans le sens de la longueur et peu calcifié. On trouve généralement une faiblesse des tissus de soutien, des ligaments, qui sont lâches et favorisent les attitudes vicieuses et le besoin de chercher des points d'appui. L'allure déhanchée du phosphorique au repos est frappante. Il y a des douleurs articulaires avec engourdissement, tremblement des membres, grande fatigue à la marche.

La constitution carbonique. — Tout à l'opposé, le carbonique (ou endoblastique), régi surtout par les fonctions de la vie végétative : assimilation, reproduction, métabolismes divers. C'est un individu trapu, carré, à squelette épais, dont

les segments sont plutôt courts. Muscles, tendons, ligaments, ont les mêmes caractéristiques, et l'on retrouve ces tendances dans la mentalité. En somme, il est exactement l'inverse du phosphorique, et cela n'est nullement étonnant si l'on considère que les fonctions prédominantes chez l'un et chez l'autre sont issues de feuillets embryonnaires diamétralement opposés.

Cette rapide revue des différentes classifications physio-morphologiques nous montre que l'on peut parvenir à une connaissance assez exacte de la personnalité d'un malade et, par là même, appliquer une thérapeutique adaptée à chaque individu, seule base d'une action efficiente et rationnelle.

Si l'on pousse plus loin l'étude de ces constitutions, en approfondissant notamment la genèse de leur formation, on s'aperçoit que les homéopathes étaient parvenus aux mêmes conclusions que le Professeur Hans Selye, de l'Université de Montréal. C'est ce que nous allons voir au chapitre suivant; mais, auparavant, nous devons dire un mot sur les dénominations de Sulfurique, Phosphorique et Carbonique. Nous avons avancé tout à l'heure que ces vocables rappelaient les remèdes constitutionnels adaptés à ces types morphologiques. Cela n'est pas une vue de l'esprit : l'étude expérimentale des médicaments sur l'homme sain a permis l'élaboration d'une riche Matière médicale, qui, durant deux siècles, ne s'est pas inquiétée des travaux des morphologistes. Or, nous sommes frappé aujourd'hui de la correspondance absolue de certaines familles de remèdes, possédant chacune le même radical acide, avec les biotypes de la morphologie. Ce fait démontre déjà le bien-fondé de la conception homéopathique. Mais, en outre, cela se confirme en étudiant les différents catalyseurs qui dominent (au moins par leur action) dans chacun des tissus d'origine embryonnaire différente.

Pour les ectoblastiques, en effet, c'est l'acide phosphorique, et chacun sait le rôle que joue cet acide au niveau des organes des sens et du système nerveux. Pour les entoblastiques, à prédominance assimilatrice, c'est l'acide carbonique, pro-

duit des combustions métaboliques, et, en même temps, excitant de ces métabolismes.

La chose est un peu plus complexe chez les mésoblastiques, car le rôle du tissu réticulo-endothélial et de ses dérivés (circulation, endocrines notamment) est beaucoup plus divers. Au sein de ce tissu se font les grands courants d'échange : un courant centripète de l'extérieur vers les cellules, un courant centrifuge des cellules vers l'extérieur, suivant un rythme alternatif calqué sur tous les rythmes vivants et universels.

Pour le sens centripète, c'est le chlorure de sodium, à l'état ionisé, qui règle l'hydratation des cellules et par suite leur alimentation, alors que la déshydratation cellulaire, c'est-à-dire le processus rendant possible l'excrétion des déchets, est réglée par le sulfate de sodium. Si la base (sodium) caractérise le milieu humoral, puisqu'elle existe dans ces deux sels, c'est le radical acide qui différencie les fonctions. C'est pourquoi les sujets souffrant d'une carence catalytique du chlorure de sodium ionisé seront des déshydratés, alors que ceux qui présentent une carence catalytique du sulfate de sodium ionisé seront des infiltrés. Cette constitution mésoblastique a donc en réalité deux tendances : une tendance sulfurique, qui correspondrait plutôt au mésoblastique de Martiny, et une tendance muriatique représentant le chordoblastique martinien. Il serait dès lors plus juste de dénommer cette constitution : sulfuro-muriatique.

Ce qui importe surtout, c'est sa très grande importance, puisque les troubles qu'elle entraîne, dans un sens comme dans l'autre, altèrent les fonctions réticulo-endothéliales dont on connaît, depuis Aschoff et les travaux plus récents, le rôle capital, notamment dans la défense antitoxinique qui se fait uniquement dans son sein.

Ceci nous fait encore un peu mieux sentir l'intérêt du diagnostic de la constitution pour aboutir à une thérapeutique efficace.

CHAPITRE IV

Pour les homéopathes, la principale des causes qui modèlent l'architecture du corps humain, c'est le tuberculinisme. Cette diathèse imprègne profondément l'organisme au point de modifier sa morphologie et de transmettre les modifications de génération en génération. La transmission du virus tuberculeux de la mère à l'enfant a été démontrée par les travaux de Calmette et Cauvelaire, qui découvrirent des lésions tuberculeuses chez les fœtus n'ayant jamais été en contact extérieur avec leur mère contaminée.

Le virus gagne le fœtus par l'intermédiaire obligé des veines ombilicales et se trouve dirigé sur le foie, qui constitue, par son tissu réticulaire où dominent les cellules à coloration vitale dites de Küpfer, la première barrière anti-infectieuse. Il est arrêté là pendant un temps plus ou moins long et sécrète une toxine, en quantité extrêmement faible, mais d'une façon continue.

Pour éliminer cette toxine, l'organisme présente des réactions comparables à celles des êtres primitifs. Par exemple, l'élimination des déchets chez l'amibe se fait par la membrane cellulaire. Ainsi les toxines tuberculiniques seront poussées vers la peau et les muqueuses et éliminées de cette façon.

Si la quantité de toxine tuberculinique est extrêmement faible, l'élimination centrifuge suffit à la rejeter complètement sans provoquer aucune réaction. Les différents organes se développent donc normalement dans un équilibre parfait et l'enfant grandit d'une façon harmonieuse. Tout au plus présentera-t-il quelques accidents cutanés, signes de cette éli-

mination centrifuge tuberculinique. Nous avons là la constitution sulfurique, qui est, nous l'avons vu, l'état d'équilibre.

Dans cet état, l'infinitésimalité de la toxine qui diffuse n'est pas suffisante pour donner une réaction allergique; la cuti-réaction reste alors négative, mais, à la longue, elle donnera naissance à une défense morphologique discrète du type scléreux : ce sera la tendance « grasse » des Sulfuriques. Dans les cas très rares où le virus reste à l'état latent sans sécréter de toxine, le sulfur neutre se maintiendra. En pratique, on ne le rencontre jamais, car il prendra toujours plus ou moins parti.

Le virus tuberculinique essaime dans l'organisme, généralement à la suite d'une maladie de l'enfance, rougeole, bronchite, et surtout coqueluche, ou plus simplement à la suite de troubles gastro-intestinaux favorisés par l'insuffisance hépatique congénitale des tuberculiniques et déclenchés par des fautes d'allaitement. Notons que les réactions vaccinales (anatoxine diphtérique, par exemple, ou B. C. G.) peuvent jouer ce rôle de causes déclenchantes, et c'est là, croyons-nous, la seule explication plausible à certains accidents, dont un exemple récent a eu, dans notre région, un retentissement important.

Cet essaimage peut se borner à des réactions ganglionnaires (végétations adénoïdes, hypertrophie des amygdales et des chaînes ganglionnaires cervicales et médiastinales). Mais souvent le virus force cette barrière et est arrêté au sein des tissus eux-mêmes, où il se forme des petits tubercules dans lesquels apparaissent les formes d'élimination du virus, les bâtonnets alcoolo-acido-résistants de Koch. De plus, les toxines tuberculiniques en circulation deviennent suffisantes pour déclencher une défense antiseptico-mique banale et non spécifique. L'organisme réagit brutalement contre un poison cellulaire comme il le ferait contre n'importe quel poison. Ce fait est important et nous apporte un exemple des réactions inverses suivant la dose qui entre en jeu, car nous verrons que c'est justement sous l'influence de doses infini-

tésimales de toxines tuberculiniques que la défense *spécifique* s'organise.

Cette défense non spécifique ne prendra pas, évidemment, l'allure violente que nous lui connaissons dans les maladies aiguës, mais elle existe indiscutablement et constitue ce que les allopathes nomment primo-infection. C'est alors, et alors seulement, que la cuti-réaction devient positive. Ce processus réactionnel non spécifique est déclenché par une activité accrue de l'anté-hypophyse, qui entraîne d'une part l'exagération des fonctions thyroïdiennes (mouvement fébrile, légère polypnée, tachycardie, légère exophtalmie et yeux brillants, hypersympathicotonie), d'autre part provoque une action frénatrice (par diminution de l'hormone excitatrice : ACTH) sur le cortex surrénal (baisse de pression artérielle, diminution du cholestérol sanguin). Les parathyroïdes entrent aussi dans une phase plus intense et déterminent une « poussée de croissance » des ligaments et du squelette. Les os s'allongent mais restent minces; progressivement, le type longiligne s'établit : **c'est la constitution phosphorique qui se dessine,** en passant d'abord par le stade sulfur maigre ou muriatique.

Revenons maintenant au nouveau-né tuberculinisé *in utero* et gardant dans son foie le virus à l'état latent. Les toxines tuberculiniques qui circulent dans les humeurs sont à dose infinitésimale et elles ne déclenchent pas de réactions antiseptico-miques, car elles sont éliminées régulièrement. Leur action, prolongée et sans cesse renouvelée, sera celle d'un toxique à dose infinitésimale, c'est-à-dire inverse de l'action toxique proprement dite. Par un procédé homéopathique, elles déclencheront une défense organique spécifique, qui est la *sclérose*.

Le tuberculeux meurt de ses lésions parce qu'il n'a pu les scléroser, alors qu'une multitude de gens se portent bien avec des tubercules calcifiés depuis longtemps. Mais, pour que la sclérose puisse se faire, il faut une augmentation du taux de cholestérol dans le sang, ce qui entraîne une augmentation de

la viscosité sanguine, et, par conséquent, de la pression sanguine. Tout cela est sous la dépendance des glandes surrénales. L'équilibre hormonal se trouve donc encore une fois détruit, mais cette fois au bénéfice de la surrénale, tandis que l'anté-hypophyse, la thyroïde, les parathyroïdes, les glandes génitales, voient baisser leur taux de sécrétion. Là encore ce déséquilibre des glandes endocrines va agir sur la formation des tissus. Le squelette croîtra lentement et se développera en largeur, les ligaments resteront courts et trapus, le métabolisme basal sera en hypofonctionnement. **C'est la formation de la constitution carbonique.**

L'influence des toxines tuberculiniques continuera à s'exercer plus ou moins. Si l'infection a été très légère, la tendance à la sclérose gardera des proportions acceptables. Si elle a été plus forte, elle deviendra progressivement pathologique. *La défense dépassera son but :* sclérose artérielle, hypertension, sclérose rénale, ralentissement des métabolismes, sont des accidents pathologiques d'adaptation.

En résumé : le sulfurique neutre représente l'individu exempt de toute imprégnation tuberculinique, ou, à la rigueur, celui qui a reçu une très légère dose de virus facilement contenu, sinon éliminé.

De chaque côté, deux tendances qui commencent à être pathologiques : le type sulfurique maigre ou muriatique, qui s'oriente vers les phosphoriques (défense spécifique de plus en plus déficiente, jusqu'à manquer complètement); le type sulfurique gras ou scléreux, qui s'oriente vers les carboniques (défense spécifique de plus en plus accentuée, jusqu'à devenir elle-même une maladie : la sclérose). La chaîne est complète, et l'on constate, *dans la pratique*, tous les intermédiaires entre les deux constitutions extrêmes, carbonique et phosphorique, dont le sulfurique forme comme le couteau de la balance.

C'est ici que l'on voit les travaux des deux écoles se rejoindre. En effet, les conceptions que nous venons d'étudier ont été exposées par le Docteur Bernard, dès 1938, au Centre

d'études homéopathiques d'Angoulême, et, en 1946, le Docteur Hans Selye, professeur à l'Université de Montréal, aboutissait aux mêmes conclusions lorsqu'il fit connaître ses travaux sur ce qu'il nomme « les maladies d'adaptation ».

Nous allons maintenant étudier les vues de cet auteur, qui sont considérées comme révolutionnaires et qui doivent faire faire d'immenses progrès à la médecine contemporaine, tout au moins dans la compréhension de la genèse des maladies chroniques.

CHAPITRE V

« Le syndrome général de l'adaptation, dit Hans Selye, est le total des défenses non spécifiques de l'organisme attaqué par un agent offensant quelconque, qu'il soit physique (froid, brûlures, fatigue musculaire), chimique (poisons divers, toxines microbiennes, hormones en excès) ou nerveux (émotions, excitations sensorielles trop vives). Ces réactions non spécifiques sont toujours identiques quel que soit l'agent offensant, et sont donc bien différentes des réactions spécifiques (anticorps, par exemple), qui varient dans chaque cas. »

Ce syndrome d'adaptation évolue en trois phases : une réaction d'alarme, immédiatement après l'action de l'agent offensant; une phase de résistance, qui apparaît plus ou moins rapidement suivant qu'elle se fait par voie nerveuse ou par voie endocrine; et, enfin, une phase d'épuisement, qui apparaît lorsque l'organisme a épuisé toute sa capacité d'adaptation, c'est-à-dire plus ou moins rapidement selon l'état de santé du sujet, sa résistance physique, ses caractères génétiques et surtout l'intensité et la durée de l'agression de l'agent offensant.

Selye emploie un terme intraduisible en français : *stress*. C'est l'ensemble de l'action d'un agent offensant sur l'organisme et des réactions de défense de cet organisme. L'agent stressant est la substance qui cause le stress.

Un exemple nous fera mieux comprendre ce que sont les maladies de l'adaptation. Quand on injecte dans la patte d'un rat une goutte de formol ou de moutarde, on provoque un gonflement et une arthrite très douloureuse pendant plusieurs semaines. Mais, si, avant d'injecter la goutte de formol, on a soumis l'animal à des injections de cortisone (hormone qui, nous le verrons, a la propriété d'annuler la prolifération

du tissu conjonctif), le rat ne présente qu'une réaction locale minime durant quelques heures. Nous voyons donc que, dans certains cas, la réaction de défense, le syndrome général d'adaptation, est très intense et constitue presque toute la maladie.

Nous n'entrerons pas dans le détail du mécanisme chimique du syndrome d'adaptation, mais nous allons simplement voir, en gros, le schéma des différentes réactions qui le composent.

Les stimuli, déclenchés par un agent stressant, arrivent à l'hypophyse et y déterminent un bouleversement sécrétoire du lobe antérieur qui abandonne la production des hormones non indispensables à la réaction d'adaptation pour se consacrer uniquement à la sécrétion de la corticotrophine (ACTH). Cette hormone va déclencher une deuxième étape endocrine : l'hypersécrétion des deux groupes antagonistes d'hormones cortico-surrénales : les minéralocorticoïdes (désoxycorticostérone) et les glucocorticoïdes (cortisone). Celles-ci, à leur tour, vont provoquer d'importantes modifications périphériques essentielles pour l'adaptation, quelques-unes s'effectuant par l'intermédiaire d'une étape rénale, cet organe augmentant sa sécrétion d'hormones hypertensives.

On voit donc que le mécanisme est très complexe, mais, ce qui est encore plus important, c'est le résultat des expériences faites par Hans Selye avec les hormones minéralocorticoïdes. En provoquant leur hypersécrétion, on s'aperçoit qu'elles déterminent rapidement une périartérite noueuse, puis de l'artériosclérose, et ensuite de graves lésions rénales aboutissant à la néphrosclérose, avec un tableau clinique identique à celui du mal de Bright. Ces hormones ont, de plus, la propriété de déclencher des rhumatismes, avec des lésions articulaires voisines du R. A. A. ou des arthrites rhumatoïdes chroniques.

Les recherches expérimentales de Selye ont montré que certains facteurs, endogènes ou exogènes, augmentent, dimi-

nuent ou modifient les réactions au cours du stress. Par exemple, une alimentation riche en protéines tend à augmenter la sécrétion hypophysaire du type minéralocorticoïde. De même les régimes très salés augmentent la sensibilité des reins aux doses excessives de minéralocorticoïdes. Les irritations chimiques locales augmentent l'action fibroplastique et la tendance à l'hyalinisation des minéralocorticoïdes. Il est probable que des métabolites d'origine endogène (protéines sanguines, amino-acides, sodium, stéroïdes, etc.) peuvent agir dans le même sens que les substances introduites par voie digestive pour conditionner la réaction de défense. L'intensité et la qualité de cette autorégulation endogène dépendent vraisemblablement de l'importance des réserves de l'organisme et de la vitesse à laquelle ces métabolites sont déversés dans le sang, et ce facteur est conditionné à son tour par l'hérédité, les différences de race, les antécédents de « stress ».

Enfin, toujours d'après Selye, l'action spécifique des agents « stressants » peut agir parfois comme facteur conditionnant. Ainsi, les agents qui déterminent de sévères lésions rénales peuvent sensibiliser à l'action hypertensive du syndrome d'adaptation. Les microbes, les allergènes ou les traumatismes locaux mécaniques peuvent stimuler les tissus qui entrent en contact avec eux et déterminer ainsi la formation de tissu fibreux et granulomateux.

Tous ces facteurs conditionnants, exogènes ou endogènes, sont d'une importance pratique et théorique considérable, parce qu'ils expliquent pourquoi le syndrome général de l'adaptation, qui est une réaction dans l'ensemble toujours la même, peut présenter des variantes individuelles innombrables. Il suffit d'une légère différence dans le régime alimentaire ou la *constitution physique*, ou l'équilibre endocrinien, de deux sujets pour que l'un réagisse à un « stress » prolongé par une hypertension, alors que l'autre réagira par une maladie allergique. Nous voyons donc que les conceptions allopathiques les plus modernes viennent rejoindre les con-

ceptions homéopathiques, en ce sens que l'on reconnaît l'importance du facteur individuel dans la genèse des maladies chroniques. Mais, logiquement, il faudrait adapter la thérapeutique à ces conclusions et employer des remèdes particuliers suivant les réactions personnelles de chaque malade.

Nous n'en sommes pas là encore, et cela était à prévoir. Les allopathes, cherchant à atteindre la cause des maladies, essaient de trouver le remède qui puisse s'attaquer à cette cause profonde. C'est ainsi que Hans Selye, après avoir constaté que ces maladies de l'adaptation sont provoquées (d'après lui) par un excès de substances minéralocorticoïdes, les a soignées par des injections de substances glucocorticoïdes : le cortisone, ou par des injections d'ACTH (adrenocortical trophic hormone), extrait hypophysaire qui provoque la production de cortisone par les serrénales.

Les résultats ont été démonstratifs, et, dans certains cas, très brillants, notamment dans les affections rhumatismales, dans certaines dermatoses et dans des affections oculaires dangereuses : iritis, iridocyclites, rétinites, et dans nombre d'autres maladies dont nous ne pouvons donner une liste complète, d'autant plus que les affections qui sont justiciables de ce traitement ne sont pas encore toutes connues.

Il faut d'ailleurs ajouter — mais nous reviendrons sur ce sujet — que, dans certaines maladies, le cortisone ou l'ACTH ont eu une action défavorable et même ont provoqué des accidents graves, voire mortels. Est-ce étonnant ? Nous pensons que traiter un déséquilibre endocrinien par des hormones de remplacement, c'est comme si on tentait, par un apport constant de liquide, de maintenir plein un vase qui se vide par un trou. Il faut évidemment boucher le trou, c'est-à-dire s'attaquer aux causes profondes de ce déséquilibre.

Ces causes, que nous avons vues modeler profondément les caractéristiques constitutionnelles individuelles, ne peuvent être atteintes que par des remèdes constitutionnels et individuels.

Ce sont justement ces remèdes que l'allopathie ne possède pas.

CHAPITRE VI

Si nous mettons en parallèle les conclusions auxquelles aboutissent allopathes et homéopathes, nous voyons qu'il y a une grande similitude. Lorsque nous avons étudié plus haut les constitutions homéopathiques, nous avons vu que la constitution carbonique est caractérisée par sa tendance à la sclérose comme moyen de défense, mais une sclérose qui, facilement, dépasse son but et devient pathologique, constituant à elle seule toute la maladie. De même Hans Selye considère que les maladies de l'adaptation sont dues au fait que les réactions de défense de l'organisme vont trop loin et donnent naissance à des syndromes que l'on peut éviter, expérimentalement, si l'on empêche l'organisme de développer ces réactions de défense (expérience de la patte du rat). Mais Hans Selye n'y a vu qu'une cause hormonale — et cela s'explique par le fait que cet auteur est endocrinologiste — tandis que les homéopathes sont allés plus loin.

Comme dit le docteur Bernard il y a un dénominateur commun à tous ces types morphologiques, c'est ce que les homéopathes appellent le tuberculinisme, qui aboutira chez les carboniques à une solide défense, tandis que chez les phosphoriques elle peut provoquer facilement des accidents aigus.

Mais tout d'abord, qu'entendons-nous par tuberculinisme ? Il n'est pas inutile de préciser ce point, car les allopathes nous reprochent souvent de vouloir simplifier à l'excès la pathologie et de voir le B. K. partout. Or, tuberculose et tuberculinisme sont deux choses tout à fait différentes. La tuberculose, pour l'école allopathique, est une maladie multiforme, caractérisée par des lésions dans lesquelles on peut

mettre en évidence le bacille de Koch. S'il n'y a pas de bacille, il n'y a pas de tuberculose, et la cuti-réaction traduirait, quand elle est positive, la présence *cachée* du microbe.

Le tuberculinisme n'est pas une maladie. C'est un état caractérisé soit par une prédisposition, soit par la présence plus ou moins discrète, dans nos humeurs, d'un virus très répandu, transmissible par hérédité, et capable de rester la plupart du temps comme un saprophyte inoffensif au sein de notre organisme. En vérité, ce n'est là qu'une théorie qu'aucun examen direct n'a pu vérifier, ce qui n'est pas étonnant puisque ce virus est invisible, même au microscope électronique, bien que sa réalité soit actuellement admise généralement. Cette invisibilité ne peut être retenue comme argument pour infirmer la théorie — le B. K. existait bien avant qu'on ait pu le voir — mais prouve simplement que nos moyens d'investigation sont encore imparfaits.

D'ailleurs, cette théorie est non seulement vérifiée quotidiennement par la clinique, mais encore elle est la seule qui apporte des réponses satisfaisantes à plusieurs points de ce problème, insolubles autrement.

La question de l'hérédité tuberculeuse est considérée comme tranchée négativement si l'on n'a en vue que le B. K. Certes, les travaux de Brindeau et Corties, qui ont trouvé du B. K. virulent dans le sang du cordon ombilical chez les femmes tuberculeuses dans 76 % des cas, plaideraient fortement en faveur de la transmission héréditaire, mais il est probable que les enfants infectés ainsi ne peuvent survivre et meurent tous, soit avant terme, soit avant la première année. Cela limiterait à quelques exceptions les cas démonstratifs et ne pourrait non plus expliquer l'hérédité paternelle. Mais ce qui est possible pour le bacille l'est, à plus forte raison, pour le virus, et nous verrons plus loin de quelles mutations les virus sont capables.

Il est probable que sous la forme « virus » l'agent tuberculinique soit dépourvu d'agressivité et qu'il ait besoin, pour

aboutir à des formes pathogènes, de cultiver dans des conditions particulières, à côté de races bactériennes nourricières ou dans un milieu favorable. Il peut donc conserver cette forme de virus amorphe et rester retenu dans le tissu réticulo-endothélial du foie fœtal pendant un temps plus ou moins long sans provoquer aucun désordre. Cette période de latence, qui peut durer une partie de la vie, ne donne lieu à aucune réaction, et l'organisme infecté n'acquiert pas une allergie spécifique que traduirait la posivité d'une cuti-réaction. Comme nous l'avons dit, il faudra une cause déclenchante pour que ce virus essaime dans le système lymphoïde, pour qu'il puisse se transformer en bacille et mettre en branle les réactions allergiques.

Mais il y a plus. A côté de cette hérédité de graine, jusqu'ici contestée, il existe une hérédité de terrain, une tendance constitutionnelle héritée du père comme de la mère, qui provoquera (ou empêchera, suivant le cas) l'éclosion d'un tuberculinisme endogène, suivant un processus que nous étudierons plus loin. La défense antituberculinique acquise par les parents, comme aussi leur tolérance particulière envers le B. K., sont des qualités (ou des défauts) qui se transmettent par gènes, ce fait ne saurait être nié. Le Professeur Sergent l'admet, et le Professeur Rist, qui pourtant le combat, reconnaît cependant qu'il y a « un mécanisme naturel par lequel l'organisme humain s'efforce de venir à bout de l'infection tuberculeuse ». Or, ce mécanisme, dont l'efficacité est loin d'être semblable d'un individu à l'autre, est conditionné par les constitutions des ascendants.

D'ailleurs, le fait même que le tuberculinisme soit capable de modeler si profondément les constitutions morphologiques, bien plus encore que ne le fait la syphilis, est une preuve de cette hérédité, car il faut plusieurs générations pour aboutir aux biotypes extrêmes si marqués des carboniques ou des phosphoriques francs.

Dès lors, en présence d'un mode de transmission si facile et si fréquent, les contagions directes semblent jouer un

rôle secondaire. Quand elles se produisent, elles engendrent de véritables septicémies, rapidement mortelles, qui ne frappent guère que le tout jeune enfant, encore mal préparé à la lutte. Chez l'adulte, au contraire, de multiples observations (ingestion ou injections accidentelles de cultures tuberculeuses, cohabitation maritale, etc.) démontrent que la transmission directe est quasi impossible. La forme traînante, torpide, récidivante, tardive de la tuberculose de l'adulte n'a jamais pu, en effet, être reproduite expérimentalement chez l'animal par tuberculisation directe, alors qu'on obtient ce résultat chez les petits en tuberculisant la femelle gravide. D'ailleurs, nous n'avons pas ici en vue la tuberculose-maladie, mais plutôt le tuberculinisme, qui, comme nous l'avons dit, existe très fréquemment sans qu'on puisse déceler la présence de B. K.

Cette conception du tuberculinisme héréditaire, telle que nous l'avons exposée, peut paraître fort discutable. Plus révolutionnaire encore est la conception d'un tuberculinisme endogène, se développant spontanément sans contamination extérieure, soit à la faveur de prédispositions constitutionnelles, soit sous l'influence de causes déclenchantes.

Des travaux récents, dont la garantie sérieuse ne saurait être mise en doute, tendent cependant à cette conclusion, qui, si toutes les déductions qu'on peut en tirer s'avèrent exactes, serait de nature à bouleverser profondément les conceptions actuelles de la pathologie. Nous devons reconnaître qu'elles cadrent de plus en plus avec les théories de l'école homéopathique, dont elles viennent, en quelque sorte, combler les lacunes.

Il s'agit d'abord des travaux presque inconnus d'un biologiste français, E.-J. Hugel, mort prématurément, n'ayant laissé qu'une mince brochure, à peu près introuvable à l'heure actuelle, dans laquelle il résume les recherches et les expériences qu'il poursuivait depuis de longues années dans son laboratoire privé d'Etrepagny, dans l'Eure. Donnant tous les détails de sa technique, qu'on peut juger sérieuse et

consciencieuse, il confère ainsi un grand poids à ses conclusions.

Hugel, en étudiant les moisissures du type *Penicillum*, est parvenu, par des cultures et des repiquages sur des milieux convenables, à obtenir la transformation des mycelium en coccidies, qui présentaient toutes la morphologie et les propriétés du staphylocoque. Inversement, il a pu produire, en partant du staphylocoque, les éléments mycéliens originels. De plus, il a montré qu'il est facile d'obtenir à volonté, avec des milieux de culture appropriés, l'une ou l'autre des trois variétés de staphylocoques : *aureus*, *citreus* et *albus*. « Un fait apparaît certain, c'est que le mot staphylocoque comme désignation d'une espèce ne convient plus. »

Ayant obtenu de la sorte, en partant d'un staphylocoque, un penicillum, Hugel est parvenu à produire le cycle inverse (en créant des conditions de culture défavorables, sur lesquelles nous ne nous étendrons pas), mais il n'a pas obtenu toujours un coccus analogue à la bactérie d'origine. C'est ainsi que, pour le staphylocoque doré, il a obtenu :

12 % : retour à la forme originelle;
22 % : à des staphylocoques de pouvoir chromogène différent;
17 % : à des formes bacillaires;
49 % : à des formes cocciques dont certaines identiques au pneumocoque.

Ainsi, en partant d'une race microbienne qui paraît bien autonome (staphylocoque), il est possible, par l'intermédiaire d'un retour à la forme mycélienne (penicillum), d'obtenir une race microbienne différente (pneumocoque).

Ensuite, Hugel a fait des expériences sur la betterave. Il prélève des échantillons de pulpe de betterave auxquels il fait subir des stérilisations successives pour éliminer avec certitude toute souillure étrangère. Il répartit ces échantillons dans 60 tubes stérilisés : 20 tubes servent de témoins et restent intacts, 20 autres sont refroidis à — 3° pendant

douze heures, et les 20 derniers sont chauffés à 55° pendant trois heures. Rapidement, les tubes chauffés ou gelés noircissent, par mort cellulaire, alors que les tubes témoins ne sont pas modifiés. Les échantillons tués pourrissent, et l'examen microscopique de la pourriture montre une production abondante de petites bactéries qui ont les mêmes caractères que les bactéries de la pourriture des betteraves gelées ordinaires. Repiquées sur de la gélose sucrée, ces bactéries se transforment en moisissure du type penicillum. Inversement, quand on repique sur betteraves pourries et stérilisées les souches de penicillum ci-dessus, on retrouve les bactéries primitives.

Hugel tire de ces expériences les conclusions suivantes :

1° On peut, par cultures successives sur des milieux appropriés, transformer des types de bactéries non pathogènes en d'autres types pathogènes.

2° Ou obtenir une forme mycélienne en partant des bactéries, et ces formes sont alors douées d'un pouvoir antibiotique vis-à-vis des bactéries d'espèces semblables.

3° La moisissure n'est qu'un stade intermédiaire entre la cellule d'un organisme vivant et la bactérie. La mort de la cellule n'est qu'une transformation. « La vie, dit Hugel, continue sous d'autres formes, mais continue néanmoins, malgré la mort de la cellule. »

Ces travaux de Hugel semblent avoir reçu une confirmation par l'école russe. Olga Lepechinskaïa a démontré que les virus, visibles au microscope électronique, ne sont pas des éléments organisés comme les êtres vivants, mais seulement de minuscules agrégats de matière vivante sans structure, puisqu'ils peuvent se présenter parfois sous une forme cristalline. A l'état cristallisé, ils ont perdu toute activité biologique, et c'est dans cet état qu'ils se trouvent le plus souvent quand ils sont séparés des organismes vivants qui leur ont donné

naissance, mais ils peuvent reprendre leur état colloïdal, donc leur activité biologique, dans un milieu convenable.

L'intérêt de ces expériences réside non seulement dans le fait que les virus cristallisés inactifs peuvent reprendre la forme colloïdale des êtres vivants, mais aussi en ce que la forme virulente amorphe est une transition *nécessaire* pour que la cellule puisse changer de caractère. En effet, quand on obtient des virus en partant d'une race bactérienne déterminée et qu'on cultive ensuite ces virus dans des conditions favorables particulières, on obtient alors une race bactérienne différente, et on ne peut obtenir cette mutation que par le passage à l'état de virus amorphe.

O. Lepechinskaïa démontre également qu'à partir des grains amorphes du vitellus, ces cellules prennent naissance et s'organisent de toutes pièces. Cela vient confirmer les théories de His, vieilles déjà de près d'un siècle, sur l'origine de certaines portions du mésoderme en partant du parablaste, c'est-à-dire indépendamment de la cellule germinative elle-même. Et ces cellules mésodermiques représenteraient le tissu réticulo-endothélial, les vaisseaux, la lymphe et le sang, avec tous les éléments blancs libres qu'ils contiennent.

Ainsi, nous voyons des protéines cristallisées prendre d'une part la forme vivante de virus, puis de bactéries, ou encore aboutir à une forme cellulaire organisée, établissant ainsi la chaîne entre la matière inerte et la matière vivante hautement différenciée.

Nous sortirions de notre sujet en abordant les passionnantes conséquences que ces travaux peuvent entraîner : en particulier comment, par l'éclatement dans le derme de monocytes chargés de floculats toxiniques, peuvent se former des mycelium, eux-mêmes générateurs soit d'auto-pénicillines spécifiques, soit de races bactériennes saprophytes, dont le B. K. semble l'apanage des animaux supérieurs; ou la question des exanthèmes et des diverses éruptions cutanées, facteurs de guérison d'une intoxication interne; ou encore la question de l'action bénéfique de l'abcès de fixation et de l'auto-hémothérapie.

Il est évident que si les résultats de ces travaux sont vérifiés, ils auront un immense retentissement, puisqu'ils prouveront l'origine endogène des bactéries. Du même coup se trouverait expliquée la remarquable tolérance de l'organisme envers son propre tuberculinisme, alors qu'il se défend avec efficience et énergie contre le B. K. venu de l'extérieur. En effet, les humeurs de l'organisme n'ont aucun pouvoir floculant contre une race de B. K. issue de l'organisme lui-même.

On pourrait objecter que, s'il se formait dans notre tissu réticulo-endothélial des mycelium de cette façon, on les aurait découverts dans les examens au microscope. Ils sont pourtant passés inaperçus pour plusieurs raisons : d'abord parce qu'on ne les a jamais recherchés, ensuite parce que leur volume même les a cachés souvent aux forts grossissements, enfin parce qu'ils ne se trouvent pas partout, mais en des endroits très localisés. Dans les cas, nombreux, où ils ont été identifiés, on en a fait des « mycoses » parasitaires, dont on ne nous a jamais expliqué ni la présence, ni l'origine. Le fait que ces mycoses ont pu être isolées et cultivées hors de l'organisme ne prouve pas forcément leur origine exogène, mais simplement que ces mycelium, en acquérant, *par mutation*, des formes différentes de celles des cellules blanches de la lymphe, ont conquis de la sorte une indépendance complète, comme d'ailleurs les bactéries qu'ils peuvent engendrer.

On nous reprochera sans doute de tenir compte d'hypothèses non vérifiées. Il n'en est rien. Nous avons tenu à signaler ces très intéressants travaux, mais nous ne nous appuierons pas sur eux. Nous désirons rester attaché à des arguments cliniques, à des faits qui, eux, sont vérifiés et vérifiables chaque jour.

L'importance du tuberculinisme avait été comprise par Hahnemann dès 1816 (il l'appelait la « psore », car on ne connaissait pas encore les travaux de Laennec, ni de Koch) quand il écrivait : « Le fait que les maladies chroniques non vénériennes, traitées homéopathiquement, même de la

meilleure manière, renaissent cependant après avoir été mises de côté plusieurs fois, qu'elles reparaissent toujours sous une forme plus ou moins modifiée et avec de nouveaux symptômes, fut la première circonstance qui me donna à penser qu'on n'a pas seulement affaire à l'état morbide qui se dessine actuellement, qu'il ne faut pas considérer et traiter cet état comme une maladie à part, puisque, si tel était son caractère, l'homéopathie devrait le guérir en peu de temps et pour toujours. *J'en conclus qu'on n'a jamais sous les yeux qu'une portion du mal primitif profondément situé, dont la vaste étendue se traduit par les accidents nouveaux qui se développent de temps en temps.* »

Encore une fois, ce ne sont pas là des vues de l'esprit, mais des constatations auxquelles on est amené par les faits cliniques, et Hahnemann rangeait dans la psore toute une série de maladies qui avaient une évolution semblable et qui nécessitaient des remèdes semblables.

Toutes ces considérations nous ont donc amené à faire une distinction entre tuberculose et tuberculinisme. Et si l'on admet, avec le Professeur Calmette, que, dans les agglomérations urbaines d'Europe et parmi les populations rurales qui ont de fréquents rapports avec celles-ci, les 9/10 au moins des sujets atteignant l'âge adulte n'ont pu se soustraire à la contamination tuberculeuse, on voit toute l'immense importance que prend le tuberculinisme en pathologie humaine.

D'un autre côté, nous avons vu (p. 35) la transmission héréditaire des toxines tuberculiniques. Quoi d'étonnant, alors, que ce tuberculinisme ait une si grande influence sur la formation des différentes constitutions ? (P. 24 et suiv.).

Certes, le tuberculinisme n'est pas seule en cause, et l'on peut remarquer l'influence de la syphilis ou de la sycose, qui créent les constitutions mixtes, mais leur rôle est bien moins important.

Comme nous l'avons vu en étudiant le mode de formation des constitutions homéopathiques (p. 24 à 28), les toxines tuberculiniques, suivant leur quantité dans les humeurs, peu-

vent aboutir à la création de maladies d'adaptation, caractérisées par une tendance à la sclérose (constitution carbonique).

Nous allons maintenant étudier la thérapeutique, différente évidemment, proposée par les deux écoles pour ces maladies de l'adaptation.

CHAPITRE VII

Pour Hans Selye, les maladies d'adaptation sont provoquées par un excès de substances minéralo-corticoïdes : désoxycorticostérone et désoxocortisone. En appliquant le principe : *contraria contrariis curantur*, il était logique d'employer les substances glucocorticoïdes pour guérir ces maladies. Ce qui fut fait, et les résultats furent particulièrement brillants, mais, première déconvenue, tout aussi particulièrement éphémères. Dès qu'on arrête le traitement, la maladie reprend son cours, et, comme ces remèdes coûtent très cher, ceci est un inconvénient majeur.

Mais il faut croire que la question n'est pas si simple qu'on le croyait, car on s'est aperçu que l'antagonisme entre minéralocorticoïdes et glucocorticoïdes n'est pas un phénomène général. Ainsi, les lésions rénales dues au désoxycorticostérone ne sont pas empêchées ou guéries par le cortisone. Au contraire, les glucocorticoïdes sont capables, à fortes doses, de déterminer, eux aussi, des lésions rénales et d'aggraver celles déterminées par les minéralocorticoïdes. Et l'on a pu ainsi noter des accidents mortels dus à l'emploi du cortisone.

D'ailleurs, Hans Selye donne toute une liste de maladies, dans laquelle il indique celles qui sont justiciables d'un traitement par le cortisone et celles où ce produit est inactif ou même nocif. Remarquons que, d'après cette liste, le cortisone guérit l'hypertension, mais a une action défavorable sur certaines hypertensions !... De même pour les néphrites. Enfin certaines affections, et non des moindres, peuvent être causées par le cortisone : œdème aigu du poumon, ascites,

diminution de la résistance aux infections !... En somme, c'est un remède difficile à manier, et capable de guérir, mais aussi de tuer. Il ne faudrait tout de même pas oublier que *primum non nocere*...

Au fond, ces inconvénients étaient à prévoir, car l'hormonothérapie n'est qu'un palliatif et ne s'attaque qu'à une partie du problème. On prend des effets pour des causes. Ce n'est pas parce que les glandes endocrines sont déficientes que la maladie chronique est arrivée, mais bien le contraire : la déficience des glandes endocrines n'est qu'un symptôme de cette maladie.

La cause profonde est cette intoxination tuberculinique qui provoque une réaction de défense : la sclérose. Certes, pour que celle-ci se produise, il faut, nous l'avons vu (p. 27), qu'il y ait une augmentation du taux du cholestérol dans le sang, donc une augmentation de la viscosité sanguine, donc une augmentation de la pression artérielle. Ces modifications sont sous la dépendance des glandes surrénales qui sécrètent davantage de désoxycorticostérone, alors que l'anté-hypophyse, la thyroïde, les glandes génitales, se mettent en veilleuse, mais la cause de ces perturbations hormonales est le passage des toxines tuberculiniques dans les humeurs.

Fidèles au principe de similitude, l'homéopathie emploie des toxines tuberculiniques diluées, avec des résultats peut-être moins spectaculaires, mais qui ont l'avantage d'être durables, définitifs même, et inoffensifs. Nous n'en voulons pour preuve que les succès qu'elle connaît dans les traitements des eczémas, des asthmes, des rhumatismes chroniques, etc.

Cette profondeur d'action est-elle due au fait que les remèdes homéopathiques agissent à l'échelle moléculaire et même atomique, comme le pense L. Wurmser ? Sous l'action de la dilution, les électrons π (qui sont les plus périphériques dans le système atomique) présentent une plus grande labilité qui entraîne une plus grande réactivité. Ces

électrons périphériques labiles permettraient des liaisons plus aisées, des combinaisons plus faciles, amenant, avec une variation de la polarité, une possibilité plus grande d'atteindre les cellules et leurs constituants. Ceci est une pure hypothèse, et aucune explication définitive n'a pu encore être donnée quant au mode d'action des remèdes homéopathiques.

Observation I.

(Due à l'obligeance du Dr Bernard.)

Mme L..., 45 ans. Asthme durant depuis dix ans, à la suite d'une bronchite « par coup de froid ». Femme assez forte, infiltrée, ayant eu beaucoup de « rhumatismes », qui ont cessé quand l'asthme s'est installé (après traitement intensif au salicylate). Impression de gonflement au thorax; l'air rentre facilement, mais sort avec peine.

Aggravée dès qu'elle se couche, par le brouillard, l'humidité, la chaleur d'orage, l'effort.

Palpitations avec douleurs précordiales.

Pieds trop chauds la nuit.

Constitution sulfurique grasse; éléments sycosiques surajoutés.

Traitement :

— *Thuya* (pour lever le barrage sycosique);

— *Natrum Sulfuricum* 4H (remède de l'état actuel), dans la ligne de son remède constitutionnel qui est *Sulfur;*

— Drainage en basses dilutions (*Drosera, Sambucus, Grindelta);*

— *Bacillinum* 10H, après un mois de traitement (tuberculine diluée).

L'asthme a disparu alors complètement. Un an après, la difficulté de respirer tend à reparaître :

Natrum Sulfuricum, Sulfur, Bacillinum.

L'asthme n'a plus reparu. La pression artérielle, qui était au début à 19-10, est actuellement (deux ans après) à 16-8.

Observation II.

(Due à l'obligeance du Dr Bernard.)

Docteur X..., 38 ans. Grand, bien proportionné, brun, visage légèrement coloré, type sulfurique maigre (chordoblastique de Martiny).

Coqueluche grave dans l'enfance, puis acné et furonculose, suivis d'un asthme qui dure sans rémission depuis ce temps. Multiples traitements sans résultat.

Légers troubles hépato-intestinaux de type *Nux Vomica*.

Traitement :

— *Nux Vomica* 7H (contre les troubles hépatiques et surtout pour éliminer les nombreux remèdes dont ce malade est littéralement intoxiqué);

— *Aviaire* 7H (tuberculine diluée du bacille aviaire), à prendre huit jours après : Réaction vive, sous forme d'une crise d'asthme violente durant vingt-quatre heures, à la suite de laquelle l'asthme n'a plus reparu, sauf une petite crise de vingt-quatre heures qui a suivi, un mois après, une autre dose d'*Aviaire* 9H.

Actuellement va très bien. Ne prend que son remède constitutionnel : *Sulfur* (une dose en 9H tous les quarante-cinq jours).

Détail qui vaut la peine d'être rapporté : ce confrère allopathe, qui est spécialiste des voies respiratoires, ne peut croire à une guérison complète, et nous avons dû lui déconseiller absolument de prendre les gouttes de drainage (*Sambucus*, *Drosera*, *Lobelia*, *Aconitum*, en basses dilutions) dont il n'a plus besoin.

Observation III.

(Due à l'obligeance du Dr Bernard.)

Mme S..., 62 ans. Cette malade vient consulter pour des rhumatismes déformants des extrémités (pieds et mains), dont le début

remonte à quatre ans, soignés allopathiquement sans résultat par plusieurs médecins et professeurs.

Malade de constitution sulfurique franche, morphologiquement très près du Sulfur « neutre », mais dont la cellulite des hanches et un œdème discret des jambes déforment quelque peu la silhouette. Faciès souffrant, ridé, à teint « douteux », légèrement jaunâtre et un peu luisant. Cheveux bruns, grisonnants, d'aspect gras, sourcils clairsemés, yeux marrons.

Histoire de la maladie. — Enfance normale (rougeole, coqueluche), puberté à 14 ans, avec règles douloureuses, irrégulières et pertes blanc jaunâtre abondantes.

A partir du mariage, les règles cessent d'être très douloureuses, deviennent plus abondantes, ainsi que les pertes, qui augmentent, deviennent cuisantes. Elle commence à souffrir des « reins ». Première grossesse à 23 ans, pénible, se terminant par une catastrophe : présentation par le siège d'un enfant volumineux : basiotripsie.

A 30 ans, typhoïde. A la suite de cette maladie, la cellulite commence à apparaître, puis, petit à petit, des douleurs articulaires dans la cheville gauche d'abord, puis le poignet gauche, le poignet droit, la cheville droite. Enflure progressive des malléoles.

En 1939, émotions diverses : départ de ses fils, occupation allemande, et... ménopause. Les douleurs articulaires, qui avaient disparu (à la suite de traitements salicylés), reviennent, avec un état d'anxiété, tachycardie, troubles digestifs, dépression nerveuse. Les douleurs articulaires cèdent de nouveau à un traitement et ne se manifestent que par intervalles (changements de temps, brouillard).

En 1946, grosse peine : départ d'un fils « pour les colonies » L'état anxieux reparaît, ainsi que les arthrites, qui s'accompagnent cette fois de déformations articulaires contre lesquelles des traitements variés échouent.

Etat actuel. — Malade très déprimée, nerveuse, inquiète, désespérée de ne pouvoir guérir : on lui a fait une série d'examens laboratoire, radio, rayons X sur les lombes, dont elle souffre tou-

jours, piqûres multiples (sels d'or, composés iodo-sulfurés, etc.), diathermie. Après de légères rémissions, le mal reprend son cours. Elle va consulter un spécialiste à Bordeaux sans plus de résultat.

Elle dort mal, s'endort tard, se réveille à 3 heures du matin, a des cauchemars (rêves de chutes, de morts), bouffées de chaleur. Abattue au réveil, plus fatiguée que la veille au soir. Mauvaise bouche, nausées, inappétence, ballonnement important, avec sensation de striction à la gorge et palpitations. Constipation spasmodique, mais une émotion déclenche une diarrhée.

Urines claires, abondantes; ni albumine, ni sucre, ni dépôts.

Les douleurs articulaires sont aggravées par le repos, très vives au premier mouvement, s'atténuant ensuite. Elles sont brûlantes, améliorées par la fraîcheur, aggravées par l'humidité. La sensation de brûlure est surtout intense aux pieds, la nuit à la chaleur du lit (la malade les met hors des couvertures). Les genoux et les coudes se sont pris secondairement, eux aussi, et elle commence maintenant à souffrir de l'épaule gauche. Les déformations osseuses ne sont pas encore très importantes, mais altèrent déjà le galbe des doigts et des poignets, dont les mouvements sont limités.

Les pertes vaginales, bien qu'atténuées depuis la ménopause, existent toujours, jaunâtres et brûlantes.

Lombalgie au moindre effort du tronc, et la nuit vers 3 heures, 4 heures du matin. Cellulite des hanches.

Discussion et Traitement. — Allopathiquement, on note chez cette malade plusieurs syndromes : métrite, névrose d'angoisse, troubles de la ménopause, cellulite, arthrites. Ces différents états ont été soignés successivement sans aucun résultat.

Homéopathiquement, l'histoire de cette malade est claire et se tient d'un bout à l'autre. De constitution sulfurique neutre (ou presque) au début, elle a contracté dans sa jeunesse une vaginite (probablement colibacillaire, car elle était très constipée), qui a provoqué une sycose (réticulo-endothéliose chronique). Les traumatismes génitaux, puis la typhoïde, ont accentué cette maladie, qui s'est fixée sur les articulations du fait de sa constitution (chordoblastique).

Les symptômes présentés appellent des remèdes précis :

Sulfur 9H comme remède constitutionnel, avec un drainage symptomatique par :

Ledum 4H (dont on note la brûlure intense des pieds, plus encore que dans Sulfur, et le sens centripète des lésions arthritiques);

Rhus toxicodendron 4H (raideur tendineuse, amélioration par le mouvement, aggravation par l'humidité et le repos);

Thuya 7H (notion de sycose);

Ignatia et *Lachesis* 5H (hypersympathicotonie, névrose d'angoisse, troubles de la ménopause).

En un mois, cette malade est complètement transformée, ne souffre plus, a récupéré une motilité très suffisante des poignets, a vu fondre sa cellulite et disparaître ses pertes. Elle s'entretient avec *Sulfur* 9H, alterné avec *Thuya* 7H.

Observation IV.

(Due à l'obligeance du Dr Bernard.)

Mme P..., 42 ans. Petite personne, ronde et bouffie, au teint jaunâtre, mais avec pommettes colorées, cheveux châtains, yeux marron clair. Pourrait faire croire à une carbonique à un examen superficiel, mais l'examen attentif de ses caractères morphologiques montre que cette femme est une sulfurique grasse. Son histoire peut se calquer au début sur celle de la malade précédente (Mme S...), et c'est pour cela que nous la rapportons ici, car nous allons voir que les mêmes troubles sycosiques ont abouti à des symptômes différents, par suite de ses tendances constitutionnelles.

Vaginite et pertes dans la jeunesse, puberté douloureuse, règles irrégulières, parfois hémorragiques. Le mariage régularise les règles, mais les pertes sont plus abondantes. Typhoïde un mois après le mariage. Première grossesse : avorte à deux mois. Deuxième grossesse : césarienne; l'enfant meurt au cours de l'intervention phlébite de la jambe gauche. Troisième grossesse : enfant vivant.

récidive de la phlébite. N'a enregistré dans sa vie aucune grande émotion.

Etat actuel. — Mentalité équilibrée, plutôt optimiste et gaie. Vient consulter pour ses jambes, dont elle souffre depuis longtemps, qui enflent fortement et qui lui font craindre un ulcère à gauche au tiers inférieur de la face antéro-interne du tibia, où la peau est infiltrée d'un œdème dur et violacé. Les divers traitements qu'elle a subis n'ont pas amélioré cet état. Elle grossit beaucoup : de 48 kilos quand elle était jeune, elle est maintenant à 68 kilos (1 m. 51). Sommeil bon, pas de cauchemars, mais réveil à 3 heures du matin; fatiguée au réveil, bouche pâteuse; digestions lentes avec pesanteur; selles molles, parfois diarrhéiques, survenant de très bonne heure le matin.

Hémorroïdes cuisantes, brûlantes, ne saignant pas.

Urines peu abondantes, avec parfois quelques filaments; cuisson en urinant, mais la fréquence des mictions est normale.

Règles abondantes, chaudes, avec caillots noirâtres, s'accompagnant de lombalgie et surtout d'une grande pesanteur du bas-ventre, qui demande impérieusement une sangle. A ce moment, quelques nausés, les urines sont plus cuisantes, avec léger dépôt rougeâtre, et le moral s'assombrit considérablement. Les symptômes persistent pendant toutes les règles et disparaissent avec elles.

Jambes très enflées, surtout la gauche, qui est très lourde, douloureuse au point où menace l'ulcère, mais aussi au niveau de l'orifice supérieur du canal de Hunter. On trouve une sensibilité semblable au niveau de l'insertion du deltoïde gauche et à mi-distance entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde (points-repères de Thuya).

Pieds toujours chauds, transpirant légèrement, surtout la nuit (elle cherche une place fraîche dans le lit); démangeaisons violentes le soir sur les jambes et dans le dos, à la chaleur du lit. Craint énormément la chaleur de l'été qui congestionne sa tête.

T. A. = 18-9 au Pachon.

Discussion et Traitement. — Si les traitements « veineux et circulatoires » ont échoué chez cette malade, c'est qu'on n'a

tenu compte ni de sa constitution, ni de ses antécédents pathologiques. Comme Mme S..., il s'agit d'une sycose de jeunesse, ayant d'abord provoqué les mêmes accidents (couches pathologiques, typhoïde), mais s'étant fixée sur le système veineux du fait de la tendance musculo-sanguine de son biotype mésoblastique (Sulfur gras).

Natrum sulfuricum 9H, comme remède constitutionnel, que suivra *Sulfur* 9H;

Thuya 5H, qui s'opposera à l'élément sycose par son action spécifique sur le tissu réticulo-endothélial.

Drainage avec :

Natrum Carbonicum et *Sepia* 4H (action sur les œdèmes, sur le foie et la congestion intense du petit bassin au moment des règles);

Vipera 5H (agit électivement sur les veines infectées quand il y a lourdeur intense des membres et sensation de chaleur).

Deux mois après, amélioration considérable. Les règles ne s'accompagnent pas de pesanteur, la cystite a disparu, les jambes sont encore infiltrées, mais la malade les sent beaucoup plus légères et marche sans fatigue. La coloration violette de l'endroit où menaçait l'ulcère est devenue rose. Le sommeil est bon et les troubles digestifs ont disparu. Amaigrissement de 4 kilos.

On continue un traitement d'entretien avec :

Natrum sulfuricum 7H;

Sulfur 9H, une dose de quinze en quinze jours.

Observation V (Personnelle).

Mme L..., 57 ans. Cette personne, très corpulente, est grande pour une femme, a l'aspect masculin; membres gros et courts; elle est fortement charpentée, pèse 93 kilos. Au point de vue constitution, c'est une malade qui a évolué du type sulfurique vers les carboniques, avec, actuellement, une exagération des caractères carboniques, c'est-à-dire de la sclérose.

Ses antécédents sont peu chargés; elle a eu des maladies d'enfance peu marquantes et sans complications. Après son mariage, des pertes sont apparues, cuisantes, prurianles, et qui n'ont cessé qu'à la ménopause. Elle précise qu'elle s'est toujours bien portée, jusqu'à ces dernières années, montrant une activité débordante elle s'occupe d'un café-restaurant, donc travail fatigant, qu'elle a toujours assumé avec facilité.

Actuellement, elle présente un tableau de sycose assez complet : infiltrée un peu partout, aux hanches, aux jambes, qui ont perdu les reliefs osseux; elle a une peau luisante, d'aspect sale, et nous explique qu'elle est nettement aggravée quand le temps va changer et quand il pleut. Alors elle se sent oppressée, a des bouffées de chaleur, de nombreuses lipothymies (c'est surtout pour cela qu'elle vient consulter); souffre des épaules, principalement au réveil et durant les premiers mouvements.

Naturellement, elle mange d'une façon déplorable, mais n'a absolument pas soif et ne boit pour ainsi dire rien.

Ses urines sont rares, mais claires et ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Elle est frileuse et se plaint de pertes de mémoire.

Ses lipothymies, impressionnantes, ont été mises sur le compte d'une hypertension, réelle : 26-15 au Vaquez, et pour laquelle des séries d'acécholine et une foule d' « hypotenseurs » ont été essayés en vain.

En somme, c'est une sulfurique qui, à cause de cette constitution neutre, a pu abuser de ses forces, et qui maintenant présente des troubles dus à la sycose et à la sclérose des carboniques, dont elle a de nombreux signes morphologiques.

Traitement. — Le 10 juin 1930 :

Natrum sulfuricum 200 (une dose);
Thuya 30;
Baryta carbonica 30 (pour son hypertension);
Apis 6.

Le 30 juin : Elle a maigri de 8 kilos. T. A. = 18-12. Se sent beaucoup mieux.

Le 13 juillet : Se sent de mieux en mieux quant à son énergie,

qui revient de plus en plus, alors que les lipothymies s'espacent de façon notable. Ses épaules la font souffrir depuis deux jours.

Sulfur 200. *Thuya* 30. *Rhus toxicodendron* 30.

Le 2 août : Poids, 84 kilos. T. A. = 17-11. Ne souffre plus du tout. Se sent, comme elle le dit, en « pleine forme » et rajeunie de vingt ans.

Thuya 200, *Natrum carbonicum* 200, une dose tous les quinze jours.

Le 27 octobre : Poids 84 kg. 200. T. A. = 18-12. La guérison persiste, complète.

Calcarea carbonica M. Sulfur M. une dose tous les mois.

Si la conception homéopathique des maladies de l'adaptation n'était qu'une vue de l'esprit, nous ne pourrions publier des observations de guérisons par des toxines tuberculiniques diluées; or, les revues homéopathiques en publient sans cesse, sans parler de celles qui dorment dans les fichiers médicaux.

Nous ne partons pas d'hypothèses en essayant de les vérifier, mais, au contraire, de faits cliniques indiscutables en essayant de les expliquer, et, quand bien même on n'admettrait pas l'explication, on serait obligé d'admettre les faits, c'est-à-dire l'action des toxines tuberculiniques diluées dans les maladies de l'adaptation, ou tuberculinisme, ou psore, peu importe l'étiquette.

Car, comme le dit G. H. G. Jahr, qui fut un condisciple de Hahnemann, dans son livre *Principes et règles dans la pratique de l'Homéopathie*, paru en 1837 : « Dans l'enseignement d'une méthode, la déduction systématique n'est qu'un accessoire qui peut être plus ou moins utile pour en faciliter l'étude, mais qui ne change rien à la méthode elle-même, en sorte que la déduction pourrait même être très défectueuse, sans que cela ôtât rien à la valeur de la méthode. . Une méthode n'a pas besoin, pour subsister, d'être, dans toutes ses diverses parties, aussi inattaquable qu'un sys-

tème. Comme elle part de plusieurs vérités pour en construire une doctrine pratique, l'erreur commise sur un point, ou même sur plusieurs, n'entraîne jamais nécessairement la chute de tous les autres; tandis que si, dans un système, le principe fondamental est contredit par l'expérience, tout le système tombe au même moment avec tous ses théorèmes, comme un édifice lorsqu'on retire le pilier fondamental. »

CONCLUSIONS

Dans les maladies chroniques, ou maladies de l'adaptation, il est nécessaire de tenir un grand compte des réactions individuelles, d'où l'obligation d'évaluer la constitution et le tempérament du sujet, afin de pouvoir lui donner des remèdes adaptés à sa personnalité.

Sans méconnaître la valeur de l'hormonothérapie : cortisone et ACTH, nous pensons que ce n'est qu'une méthode palliative, dont l'action s'épuise rapidement, et qui n'est pas inoffensive.

Le remède homéopathique a une action plus profonde, car il est adapté à la constitution morphologique du sujet; il agit à l'échelle cellulaire et s'attaque à la cause déclenchante de ces maladies : le tuberculinisme.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,

G. PORTMANN.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,

C. PERRENS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 16 avril 1951.

Le Recteur de l'Académie,

E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

Bernard (D[r]). — Réticulo-endothéliose chronique ou sycose.

— Nouveau traité d'homéopathie. Edit. Coquemard, Angoulême.

British Medical Journal (Extraits du). — Rheumatic diseases as diseas of adaptation.

Charette (D[r]). — Matière médicale homéopathique.

Corman (D[r]). — Le diagnostic du tempérament par la morphologie.

Jahr (G. H. G.). — Pratique de l'homéopathie.

Lathoud. — Etudes de Matière médicale homéopathique.

Martiny (M.). — Essai de biotypologie humaine.

Nash M. D. (E .B.). — Principes de thérapeutique homéopathique. G. Doin.

Rouy (D[r]). — Thérapeutique homéopathique d'après trente ans de pratique. Vigot.

Vannier (D[r] L.). — Pratique de l'homéopathie.

— Les tuberculiniques.

— Précis de Matière médicale homéopathique.

Voisin (D[r] H.). — Homéopathie clinique. Matière médicale.

Wurmser (L.). — Hypothèses récentes sur le mode d'action des remèdes homéopathiques.

Dépôt légal en 1951 (2[e] trimestre).

25775. — Imprimeries Delmas, Bordeaux (31-0192).